FINALIDADE	
Objetivos	• Padronizar a abordagem diagnóstica e terapêutica da sepse no paciente adulto em todos os setores assistenciais do serviço, com base em diretrizes atualizadas e evidências científicas reconhecidas; • Instituir medidas terapêuticas imediatas e eficazes, como a administração precoce de antibióticos, controle do foco infeccioso e reposição volêmica adequada, com o objetivo de reduzir a mortalidade associada à sepse.
Metas	• Reduzir a mortalidade hospitalar por sepse; • Abertura do protocolo de sepse em até 15 minutos após seu reconhecimento; • Administrar o antibiótico (ATB) proposto em 100% dos pacientes incluídos no protocolo em até 1 hora.

CLASSIFICAÇÃO

[ ] **Segurança** (Descrevem barreiras adotadas para os possíveis riscos identificados nos processos assistenciais);

[X] **Clínico** (Definem conceitos, diretrizes e critérios para diagnóstico e tratamento de uma síndrome clínica);

GERENCIAMENTO DE PROTOCOLO

[X] **Gerenciado** (São protocolos de segurança ou clínico monitorados continuamente por meio de indicadores para garantir uma prática com qualidade e segurança).

ABRANGÊNCIA

Unidades de terapia intensiva (UTIs), emergência (SPA) e unidades de internamento (UI) clínica e cirúrgica adultos.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	
Inclusão	Todos os pacientes ≥ 18 anos que apresentem, em algum momento da internação hospitalar, ou na sua admissão, quadro compatível com sepse ou choque séptico.
Exclusão	• Pacientes em cuidados paliativos, portanto sem indicação de medidas agressivas para sepse; • Pacientes pediátricos.

MARCADORES

- Avaliar e registrar os critérios diagnósticos de sepse em até 15 minutos após a chegada do paciente ou reconhecimento clínico (tempo porta-diagnóstico);
- Realizar coleta de hemoculturas antes da administração do antibiótico, idealmente em até 45 minutos da abertura do protocolo;
- Administrar o antibiótico proposto em até 1 hora após a abertura do protocolo;
- Preencher integralmente a ficha de sepse no momento da abertura do protocolo e ao término da abordagem inicial.

BARREIRAS DE PREVENÇÃO

- Disponibilidade de laboratório para coleta de exames de urgência, incluindo hemoculturas, gasometria e lactato, em tempo hábil;
- Garantia de estoque e acesso imediato à antibioticoterapia recomendada, para administração em até 1 hora após o reconhecimento da sepse;
- Capacitação contínua da equipe para identificação precoce da sepse, com suporte de ferramentas de triagem e critérios clínicos padronizados.

INDICADORES

Processos	• Tempo médio entre o primeiro contato assistencial e o diagnóstico formal de sepse, com meta de até 15 minutos. • Percentual de pacientes que receberam o antibiótico prescrito em até 1 hora após a abertura do protocolo; • Percentual de pacientes com hemoculturas coletadas antes da administração do antibiótico, idealmente em até 45 minutos após abertura do protocolo. • Percentual de pacientes com dosagem inicial de lactato realizada em até 6 horas após o reconhecimento da sepse;
Resultados	• Percentual de óbitos entre os pacientes adultos internados com diagnóstico de sepse ou choque séptico; • Média de dias de permanência hospitalar dos pacientes com sepse, como medida indireta da efetividade da abordagem precoce; • Percentual de pacientes com sepse atendidos inicialmente em unidades não-críticas e que evoluem com necessidade de suporte intensivo.

1. DESCRIÇÃO

1.1. Introdução

A sepse é definida como disfunção de órgãos com risco a vida causada por uma resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção. As definições do Third International Consensus Group (Sepsis-3) de 2016 estabelecem que o termo choque séptico foi redefinido como um subconjunto da sepse, no qual há coexistência de: hipotensão persistente que requer vasopressores para manter a pressão arterial média ≥ 65 mmHg; e lactato sérico >2 mmol/L (>18 mg/dL). O choque séptico indica profunda deterioração circulatória, celular e metabólica e está associado a um risco maior de mortalidade do que a sepse isolada. Quando se avaliam as características da população acometida nos diversos estudos, há uma idade média avançada, com maior acometimento de idosos (61,7 anos), sendo os principais sítios de infecção dos indivíduos internados: respiratório, abdominal e urinário. As principais comorbidades encontradas em pacientes com sepse foram doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), a insuficiência cardíaca (IC) e a diabetes mellitus (DM). Diante desse contexto, se faz necessário para melhor assistência que existam fluxos de atendimento padronizados, conforme preconizado por estudos. A criação de protocolo de sepse leva a um atendimento mais rápido, com realização de antibióticos mais precoces e redução das taxas de mortalidade.

2. ANTIBIOTICOTERAPIA SUGERIDA POR FOCO INFECCIOSO

PROPOSTAS TERAPÊUTICAS PARA INFECÇÕES COMUNITÁRIAS DO TRATO URINÁRIO				
DIAGNÓSTICO	**PRIMEIRA ESCOLHA**	**ALTERNATIVA***	**DURAÇÃO**	**CONSIDERAÇÕES**
Bacteriúria Assintomática	**Tratar conforme antibiograma e somente em situações especiais**		5-7 dias	**Tratar apenas situações especiais (ver texto abaixo)**
Cistite mulheres	Sulfametoxazol/ Trimetoprim (STM/TMP) 800/160mg VO/Gastrostomia (GTT) ou Sonda nasoenteral (SNE) 12/12H	Ciprofloxacina 500mg VO 12/12H	3-5 dias	Avaliar sinais de gravidade, uso prévio de antimicrobianos
homens	**Tratamento de acordo com antibiograma, se não houver:** SMT/TMP 800/160mg VO/GTT/SNE 12/12H ou Ciprofloxacina 500mg 12/12H		5 - 7 dias	Avaliar doença da próstata (hiperplasia)
Pielonefrite	Ceftriaxona 2G EV 24/24H ou Gentamicina 5mg/Kg 24/24H	Ciprofloxacino 400mg EV 12/12H	Tratar por 7 dias	Avaliar risco para patógeno multidroga resistente (MDR) e risco de pseudomonas
Prostatite bacteriana aguda não complicada	>35 anos: Ceftriaxona 2G EV VO/GTT/SNE 24/24h, < 35 anos: Ceftriaxona 1G EV (dose única) seguido de Doxiciclina 100mg VO/GTT/SNE 12/12h 14 dias	Ciprofloxacina 400mg EV 12/12h, trocar para Ciprofloxacina 500mg VO/GTT/SNE quando houver melhora do quadro clínico	2 semanas	Se manipulação prévia ou biopsia, avaliar cultura
Prostatite bacteriana aguda complicada	Ceftriaxona 2G EV 24/24H, trocar para Ciprofloxacina 500mg 12/12h VO/GTT/SNE quando houver melhora do quadro clínico	Ciprofloxacina 400mg EV 12/12h, trocar para Ciprofloxacina 500mg VO/GTT/SNE quando melhora do quadro clínico	2-3 semanas	
Prostatite bacteriana crônica	Ciprofloxacino 500mg VO/GTT/SNE 12/12H ou SMT/TMP 800/160mg VO/GTT/SNE 12/12H	Ciprofloxacina 400mg EV 12/12h, trocar para Ciprofloxacina 500mg VO/GTT/SNE quando melhora do quadro clínico	4 semanas	
PROPOSTAS TERAPÊUTICAS PARA ITU ASSOCIADA A CVD - IRAS				
Infecção urinária associada ao cateter vesical de demora (CVD)	Amicacina 15mg/KG 24/24H como monoterapia ajustar o tratamento de acordo com antibiograma.		7 dias	Avaliar disfunção anatômica, possibilidade de troca de ou retirada do CVD

PROPOSTAS TERAPÊUTICAS PARA INFECÇÕES COMUNITÁRIAS DO TRATO RESPIRATÓRIO INFERIOR - PNEUMONIAS					
DIAGNÓSTICO	**USO DE BETA-LACTÂMICOS**	**ATIVIDADE ANTI-PSEUDOMONAS**			**DURAÇÃO: entre 5 a 7 dias** (Recomendação inicial: 7 dias. vide texto abaixo)
Pneumonia comunitária sem indicação de internamento	Amoxicilina 500mg 01 comp VO 8/8h ou 875mg 12/12h + Azitromicina 500mg VO 24/24h	Levofloxacino 24/24H	500 ou 750mg	VO	**Tratamento oral**
Pneumonia comunitária com indicação de internamento	Ceftriaxona 2G EV 24/24h + Azitromicina 500mg VO 24/24h	Levofloxacino 24/24H	500 ou 750mg	EV	**Pedir hemoculturas tentar descalonamento para oral SE 48h sem febre**
Pneumonia comunitária com indicação de internamento + fatores de risco (DPOC, pneumopatia estrutural)	Levofloxacino 750MG EV 24/24H	Levofloxacino 24/24H	500 ou 750mg	EV	**Pedir hemoculturas tentar descalonamento para oral SE 48h sem febre**
	Piperaciclina/Tazobactam 4,5G - EV 6/6H	-----			

PROPOSTA TERAPÊUTICA PARA INFECÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO INFERIOR: PNEUMONIAS NÃO ASSOCIADAS À VENTILAÇÃO MECÂNICA E PACIENTES COM MENOS DE 7 DIAS DE INTERNAMENTO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA COM PAV (IRAS)	
SEM ALTO RISCO DE MORTALIDADE / SEM FATORES DE RISCO PARA MRSA E OUTROS MDR	**ALTO RISCO DE MORTALIDADE / COM FATORES DE RISCO PARA MRSA****
MONOTERAPIA	**TERAPIA DUPLA**
Piperacilina-Tazobactam 4,5g EV 6/6h **OU** CEFEPIMA 2G EV 8/8H **OU** Levofloxacino 500 a 750 mg EV 24/24h	Selecionar um dos antimicrobianos Piperacilina-Tazobactam 4,5g EV 6/6h **OU** Cefepima 2g EV 8/8h **OU** Meropenem 1g EV 8/8h **MAIS** Vancomicina 15mg/kg EV 8/8h-12/12h Dose de ataque em pacientes graves: 25-30mg/ dose única
*Não esquecer de solicitar duas hemoculturas antes início do tratamento e de troca de antimicrobianos. Ajustar o esquema após resultados, se necessário. ** Paciente dialítico, colonização prévia pelo MRSA, paciente de instituição de longa permanência, lesões de pele.	

PROPOSTA TERAPÊUTICA PARA INFECÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO INFERIOR PNEUMONIAS ASSOCIADAS À VENTILAÇÃO MECÂNICA EM PACIENTES COM MAIS DE 7 DIAS DE INTERNAMENTO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (IRAS)	
SEM ALTO RISCO DE MORTALIDADE / SEM FATORES DE RISCO PARA MRSA	**ALTO RISCO DE MORTALIDADE / COM FATORES DE RISCO PARA MRSA****
TERAPIA	**TERAPIA**
Polimixina B 25.000Ui/kg/dia EV dividido em 12/12h (diluir em soro glicosado 5%) associada à Ampicilina/Sulbactam 9g EV de 8/8h ou Amicacina 15mg/kg 24/24h ou Gentamicina 15mg/kg 24/24h, de acordo com o perfil clínico dos pacientes.	Associar à Vancomicina 15mg/kg EV 8/8h-12/12h Dose de ataque em pacientes graves: 25-30mg/kg- dose única
Se identificado microrganismo Gram-negativo Polimixina resistente: Tigeciclina (exceto se pseudomonas) + Amicacina OU Quinolona, se sensível Amicacina OU Quinolona resistentes considerar monoterapia com Tigeciclina (exceto se pseudomonas) OU outras associações. Nestes casos procurar discutir com a CCIH	Observação: nas UTIs de adultos do IMIP, os casos de pneumonias-não associadas e PAV pelo *S. aureus* MSSA e MRSA são raros, não justificando o uso rotineiro da Vancomicina e da Linezolida. A linezolida deve ser reservada para tratamento das IRAS por *Enterococcus* resistentes à Vancomicina (VRE).
*Não esquecer de solicitar duas hemoculturas e cultura de secreção traqueal antes início do tratamento e de troca de antimicrobianos. ajustar o esquema após resultados, se necessário. ** Paciente dialítico, colonização prévia pelo MRSA, paciente de instituição de longa permanência, lesões de pele.	

PROPOSTA TERAPÊUTICA PARA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A CATETER VASCULAR CENTRAL (CVC) - IRAS				
ETIOLOGIA	**PRIMEIRA ESCOLHA**	**ALTERNATIVA***	**DURAÇÃO**	**CONSIDERAÇÕES**
Aguardando resultado das hemoculturas, paciente sepse (tratamento empírico)*	Polimixina B 25.000Ui/kg/dia dividido em 12/12h (diluir em soro glicosado 5%) + Vancomicina 15mg/kg EV 12/12h dose de ataque em pacientes graves: 25-30mg/kg dose única +Ampicilina/Sulbactam 9g EV de 8/8h	Consultar CCIH	7 dias	Resgatar resultado o mais rápido possível. quaisquer dúvidas entrar em contato com a CCIH
Agente etiológico identificado				
***S. Aureus* Oxacilina sensível - MSSA**	Oxacilina 2 g 4/4h EV24/24h OU Cefalotina 2g EV 6/6h indicada a retirada do CVC	Consultar CCIH	De 7 a 14 dias, de acordo com a evolução clínica.	Investigar endocardite infecciosa Priorizar uso da Oxacilina (efeito no prognóstico por ser mais bactericida que a Vancomicina)
***S. aureus* Oxacilina resistente - MRSA**	Vancomicina 15mg/kg EV 12/12h dose de ataque em pacientes graves: 25-30mg/kg dose única	Consultar CCIH	14 dias	**Indicada a retirada do CVC**

PROPOSTA TERAPÊUTICA PARA INFECÇÃO PRIMÁRIA DA CORRENTE SANGUÍNEA ASSOCIADA A CATETER VASCULAR CENTRAL (CVC) - IRAS				
ETIOLOGIA	**PRIMEIRA ESCOLHA**	**ALTERNATIVA***	**DURAÇÃO**	**CONSIDERAÇÕES**
***Staphylococcus* coagulase negativa Identificado em duas hemoculturas**	Vancomicina 15mg/kg EV 12/12h dose de ataque em pacientes graves: 25-30mg/kg dose única **Indicada a retirada do CVC SE bacteremia persistente (manutenção de hemoculturas positivas, em uso de terapia adequada)**	Consultar CCIH	5 dias	Evitar o tratamento empírico com a Teicoplanina e reservar a Linezolida para o tratamento do *Enterococcus* resistentes à Vancomicina
Bactérias Gram negativas*	Discutir com CCIH ver texto abaixo **Indicada a retirada do CVC se MDR**	Discutir com CCIH	7 dias	Direcionar conforme antibiograma*
Candida spp*	Micafungina 100 mg / dia (Peso < 40 kg – Peso corporal 2mg / KG dia) **Indicada a retirada do CVC**	Anfotericina B Desoxicolato 0,7- 1,0mg/Kg 24/24h (50mg/max) Anfotericina B Lipossomal 3-5 mg/kg 24/24horas* Discutir com CCIH*	14 dias (após hemocultura negativa)	Referenciar para o protocolo de candi-demia. solicitar no-vas hemoculturas a cada 72h. Investigar EI. fazer *stepdown* para Fluconazol se melhora.

PROPOSTAS TERAPÊUTICAS PARA INFECÇÕES DE PELE E PARTES MOLES				
DIAGNÓSTICO	**PRIMEIRA ESCOLHA**	**ALTERNATIVA**	**DURAÇÃO**	**CONSIDERAÇÕES**
INFECÇÕES DE PELE E PARTES MOLES				
Furunculose	SMT/TMP 800mg/160 - VO 12/12H	Clindamicina 600mg 8/8h VO	3 dias	Se lesões pequenas preferir tratamento tópico
Abscesso cutâneo	Cefalexina 500m – 1G 6/6h OU Clindamicina 600mg 6/6h VO	Consultar CCIH	5 dias após drenagem	Realizar incisão, drenagem e cultura.
Erisipela não complicada	Amoxicilina 500 VO 6/6h OU 875mg 12/12h OU penicilina cristalina 2000000UI EV de 4/4h OU Cefalotina 1g 6/6h	Clindamicina 600mg VO/GTT/SNE OU EV de 6/6h OU Cefazolina 1g EV 8/8h	5-7 dias	Considerar profilaxia com Penicilina G Benzatina 1.200.000Ui IM 3/3 semanas para pacientes com recorrência
Erisipela complicada	Ceftriaxona 2g EV 24/24H			
Celulite	Cefalexina 500mg 6/6h OU Clindamicina 300mg de 6/6h	Clindamicina 600mg VO/GTT/SNE OU EV de 6/6h OU Oxacilina 2g de 4/4h OU Cefazolina 1g EV 8/8h	7 a 10 dias	Solicitar hemoculturas pareadas investigar coleções/abscesso
Infecções necrotizantes não complicadas	OU penicilina cristalina 2000000UI EV de 4/4h+ Clindamicina 300 a 600mg de 6/6h			Desbridamento + exposição da fáscia. Coletar culturas. Em tecidos profundos, avaliar internamento hospitalar.
Infecções necrotizantes complicadas	Ceftriaxona 2g EV 24/24h + Clindamicina 600mg-900mg 6/6h EV	Levofloxacino 500mg EV 24/24h EV	10 a 14 dias	Desbridamento + exposição da fáscia. Coletar culturas. Em tecidos profundos, avaliar internamento hospitalar.
Gangrena de fournier	Clindamicina 600mg-900mg 6/6h EV+Gentamicina 5mg EV de 24/24h			

PROPOSTAS TERAPÊUTICAS PARA INFECÇÕES DE PELE E PARTES MOLES				
DIAGNÓSTICO	**PRIMEIRA ESCOLHA**	**ALTERNATIVA**	**DURAÇÃO**	**CONSIDERAÇÕES**
Leve	Amoxacilina Clavulanato 500 a 1000mg VO de 8/8h OU Cefalexina 500mg VO de 8/8h OU Clindamicina 600mg 8/8h OU Sulfametoxazol/Trimetropi M 800/160mg 12/12h VO/GTT/SNE		10 - 14 dias	Considerar avaliação da comissão de curativos
Moderada	Clindamicina 600mg 8/8h + Ciprofloxacino 500mg 12/12 VO/GTT/SNE OU Ceftriaxone 2g EV 12/12h+Metronidazol 500mg EV 8/8h	Consultar CCIH	Considerar estender tratamento por até 3 semanas	Considerar avaliação da comissão de curativos + excluir osteomielite + cultura de tecido profundo
Grave ou relacionada à assistência à saúde	Piperacilina/Tazobactam 4,5g 6/6h Meropenem 1g 8/8h associados à vancomicina 15mg/kg EV 12/12h dose		Considerar estender tratamento por até 4 semanas.	

PROPOSTAS TERAPÊUTICAS PARA INFECÇÕES OSTEOARTICULARES				
PROPOSTAS TERAPÊUTICAS				
DIAGNÓSTICO	**PRIMEIRA ESCOLHA**	**ALTERNATIVA**	**DURAÇÃO**	**CONSIDERAÇÕES**
Osteomielite aguda	Cefalotina 1g 6/6h EV OU Oxacilina 2g 4/4h EV	Consultar CCIH	3-4 semanas 3-4 semanas	Sempre solicitar cultura de fragmento ósseo e hemocultura para ajustar tratamento antimicrobiano. caso necessidade de desbridamento, admite-se reinício do tratamento em novo D0. Considerar retirada de material de síntese. considerar descalonamento para terapia oral depois de 2 semanas de tratamento endovenoso efetivo
Osteomielite crônica	Ceftriaxona 1g EV 12/12h + Clindamicina 600mg EV 8/8h (se diabético)	Consultar CCIH	4 semanas se abordado, se não, imagem guiará tempo de tratamento	
Osteomielite crônica – vertebral	Clindamicina 600mg EV 8/8h (VO/GTT/SNE) + Ciprofloxacino 500mg 12/12 VO/GTT/SNE	Consultar CCIH	8 – 24 semanas	

PROPOSTAS TERAPÊUTICAS PARA INFECÇÕES OSTEOARTICULARES				
PROPOSTAS TERAPÊUTICAS				
DIAGNÓSTICO	**PRIMEIRA ESCOLHA**	**ALTERNATIVA**	**DURAÇÃO**	**CONSIDERAÇÕES**
Infecção relacionada a prótese	Consultar CCIH			Sempre solicitar cultura de fragmento ósseo, prótese e hemocultura para ajustar tratamentoantimicrobiano. Avaliar a retirada da prótese, admite-se reinício do tratamento em novo d0 após abordagem.
Artrite séptica	Oxacilina 2g EV 4/4h acrescentar+ Gentamicina 7mg/KgEV 24/24h OU Ceftriaxone 2g EV de 24/24h se sinais de sepse.	CONSULTAR CCIH	2 – 3 SEMANAS	Sempre solicitar cultura de líquido sinovial e hemocultura para ajustar tratamento antimicrobiano. Caso necessidade de desbridamento, admite-se reinício do tratamento em novo D0. Considerar retirada de material de síntese. considerar descalonamento para terapia oral depois de **2 dias** de tratamento endovenoso efetivo.
*** Em caso de risco para patógeno MDR, consultar CCIH para esquema adequado.**				

PROPOSTAS TERAPÊUTICAS PARA INFECÇÕES INTRA-ABDOMINAIS				
DIAGNÓSTICO	**PRIMEIRA ESCOLHA**	**ALTERNATIVA***	**DURAÇÃO**	**CONSIDERAÇÕES**
Apendicite edematosa	Ceftriaxona 2g/dia EV/dia + Metronidazol 500mg EV 8/8h	Ampicilina/Sulbactam 2g/1g EV 6/6h	48 horas.	Caso permaneça o quadro infeccioso, comunicar a CCIH.
Apendicite perfurada, abscesso local ou peritonite	Ceftriaxona 2g/dia EV/dia + Metronidazol 500mg EV 8/8h	Ampicilina/Sulbactam 2g/1g EV 6/6h	5 dias	O paciente deve apresentar um período superior a 72h sem sinais de infecção. Caso permaneça com sinais de infecção, prorrogar o antimicrobiano e comunicar a CCIH.
Diverticulite	Ceftriaxona 2G/dia EV/dia + Metronidazol 500mg EV 8/8h	Ampicilina/Sulbactam 2g/1g EV 6/6h	5 dias	
Obs.: fazer cobertura para *Enterococcus sp* se: Gram da coleção ou bacteremia por cocos Gram-positivos. Má resposta ao tratamento clínico de diverticulite. Desenvolvimento de coleção intra-abdominal. Peritonite terciária	Ampicilina/Sulbactam 2g/1g EV 6/6h	Ataque em pacientes graves: 25-30mg/kg dose única Vancomicina 15mg/kg EV 12/12h dose de	7 dias	Otempodetrata-mento pode ser alterado a depender das culturas.
Colecistite aguda OU colangite	Ceftriaxona 2g/dia EV/dia + Metronidazol 500mg EV 8/8h	Ampicilina/Sulbactam 2g/1g EV 6/6h	7 dias	O paciente deve apresentar um período superior a 72h sem sinais de infecção. Caso permaneça com sinais de infecção, prorrogar o antimicrobiano e comunicar a CCIH.
Colangite (com suspeita de infecção por pseudomonas ou patógeno MDR)	< 7 dias de internamento Ceftazidima OU Cefepima 2g EV 8/8H OU Piperacilina- Tazobactam 4,5g EV6/6h	> 7 dias de internamento Meropenem 2g EV8/8h	7-10 dias	O paciente deve apresentar um período superior a 72h sem sinais de infecção. Caso permaneça com sinais de infecção, prorrogar o antimicrobiano e comunicar a CCIH.
Pancreatite aguda leve	Não há indicação de tratamento antimicrobiano			
Pancreatite aguda grave *** >30% necrose visualizada em TAC de ABD** *** Diagnóstico de infecção (cultura de aspirado por punção guiada, intraoperatória ou hemocultura)**	Ceftriaxona 2g EV 24/24h + Metronidazol 500mg EV 8/8h Consultar CCIH início de antibiótico terapia.	< 7 dias de internamento Piperacilina / Tazobactam 4,5g EV 6/6h	10 dias	O paciente deve apresentar um período superior a 72h sem sinais de infecção. Caso permaneça com sinais de infecção, prorrogar o antimicrobiano e comunicar a CCIH.
Discutir sempre com a CCIH.				

PROPOSTAS TERAPÊUTICAS PARA DIARRÉIAS INFECCIOSAS				
ETOLOGIA	**PRIMEIRA ESCOLHA**	**ALTERNATIVA***	**DURAÇÃO**	**CONSIDERAÇÕES**
Disenteria / diarreia invasiva leve moderada	Sulfametoxazol/Trimetroprim 800/160mg VO/SNE/GTT 12/12h	Ciprofloxacino 500mg 12/12h VO/GTT/SNE	3-5 dias	Associar medidas dietéticas e hidratação.
Disenteria / diarreia invasiva grave	Ceftriaxiona 2g EV 24/24h	Entrar em contato com a CCIH	5-7 dias	Associar medidas dietéticas + coprocultura
Disenteria persistente/recidivas*	Ciprofloxacino 400mg EV 12/12h + Metronidazol 500mg EV 8/8h		7 dias	Associar medidas dietéticas + coprocultura + precaução de contato
Colite pseudomembranosa *(C. Difficile)**	Metronidazol 400mg VO/GTT/SNE 8/8h OU Vancomicina 125mg 6/6h VO/GTT/SNE	Vancomicina 125mg 6/6h VO/GTT/SNE + Metronidazol 500mg EV 8/8h	10- 14 dias	Associar medidas dietéticas + coprocultura + precaução de contato

PROPOSTAS TERAPÊUTICAS NEUTROPENIA FEBRIL				
ESQUEMA	**PRIMEIRA ESCOLHA**	**ALTERNATIVA***	**DURAÇÃO**	**CONSIDERAÇÕES**
Esquema 1	Cefepima 2g EV 8/8h	Piperacilina/Tazobactam 4,5g EV 6/6h	7 dias se melhora	Avaliação da hematologia/ CCIH.
Esquema 2	Piperacilina/Tazobactam 4,5g EV 6/6h + Vancomicina 15mg/kg EV 12/12h e dose de ataque 25 a 30 mg/kg EV dose única	Entrar em contato com a CCIH	7 dias se melhora	
Esquema 3	Piperacilina/Tazobactam 4,5g EV 6/6h + Vancomicina 15mg/kg EV 12/12h e dose de ataque 25 a 30 mg/kg EV dose única + Anfotericina B Desoxicolato 50mg EV 24/24h *	Entrar em contato com a CCIH	Avaliar junto à CCIH.	

Pacientes **com >7 dias de internamento** no hospital fazer meropenem 1g EV 8/8h no lugar da Piperacilina/Tazobactam.

Se paciente: paciente internamento >7 dias e já usou carbapenêmicos
Meropenem 2g 8/8h + Polimixina B 25.000Ui/kg/dia dividido em 12/12h - diluir em soro glicosado 5%

*Cobertura antifúngica deve ser considerada em pacientes de alto risco febre persistente por > 72 h em uso de esquema antimicrobiano de amplo espectro.

O tempo de manutenção da terapia antibiótica é motivo de muita discussão. em pacientes com infecções microbiologicamente documentadas, a duração da terapia é ditada pelo organismo particular e o tipo de infecção normalmente por 7 dias ou continuados por, pelo menos, o tempo da duração da resolução da neutropenia até > 500 células / mm3 ou que clinicamente se justifique a sua retirada.

PROPOSTAS TERAPÊUTICAS – INFECÇÃO PUERPERAL				
ESQUEMA	**PRIMEIRA ESCOLHA**	**ALTERNATIVA**	**DURAÇÃO**	**CONSIDERAÇÕES**
Abortamento infectado	Clindamicina 600mg IV 6/6h + Gentamicina3 – 5 mg/kg 24/24h	Ampicilina 1 – 2g IV 4/4h OU Penicilina cristalina 3 M IV 4/4 H + Gentamicina 3 – 5 mg/kg 24/24h + Metronidazol 500mg IV 8/8h Consultar CCIH	Até paciente afebril por 48h ou 7 dias	
Corioaminionite	Clindamicina 600mg IV 6/6h + Gentamicina 3 – 5 mg/kg 24/24h	Ampicilina 1 – 2g IV 4/4h + Gentamicina 3 – 5mg/kg 24/24h + Metronidazol 500mg IV 8/8h OU Clindamicina 600mg IV 6/6h Consultar CCIH	Até paciente afebril por 48h ou 7 dias	
Endometrite	Clindamicina 600mg IV 6/6h + Gentamicina 3 – 5 Mg/Kg 24/24H	Ampicilina 1 – 2g IV 4/4h + Gentamicina 3 – 5 mg/kg 24/24h + Metronidazol 500mg IV 8/8h OU Clindamicina 600mg IV 6/6h Consultar CCIH	Até paciente afebril por 48h ou 7 dias	
MASTITE				
Ambulatorial	Cefalexina 1g VO 6/6h	Clindamicina 600mg VO 6/6h	7 – 10 dias	
Internamento	Oxacilina 2g IV 4/4h + Metronidazol 500mg IV 8/8h	Clindamicina 600mg IV 6/6h	7 – 10 dias	

PROPOSTAS TERAPÊUTICAS – DIP				
ESQUEMA	**PRIMEIRA ESCOLHA**	**ALTERNATIVA***	**DURAÇÃO**	**CONSIDERAÇÕES**
Ambulatorial	Ceftriaxona 500mg IM dose única + Doxiciclina VO 100mg 12/12h (até 14 dias)*	CEFTRIAXONA 500MG IM DOSE ÚNICA + AZITROMICINA VO 1G OU LEVOFLOXACINO 500MG + METRONIDAZOL 500MG 12/12H	Até 14 dias	*Metronidazol 500mg 12/12h (casos graves)
Internamento	Ceftriaxona 500mg IV 12/12h + Metronidazol 500mg 12/12h IV 12/12h + Doxiciclina VO 100mg 12/12h (até 14 dias)*	Clindamicina 900mg IV 8/8h + Gentamicina 3 – 5 mg/kg IV	Até 14 dias	

3. ESCORE qSOFA

É considerado positivo quando há presença de no mínimo 2 critérios associados a suspeita de infecção, sendo eles

- Taquipnéia (FR ≥ 22 incursões por minuto)
- Pressão arterial sistólica ≤ 100mmHg
- Alteração do nível de consciência (Escala de Coma de Glasgow < 15)

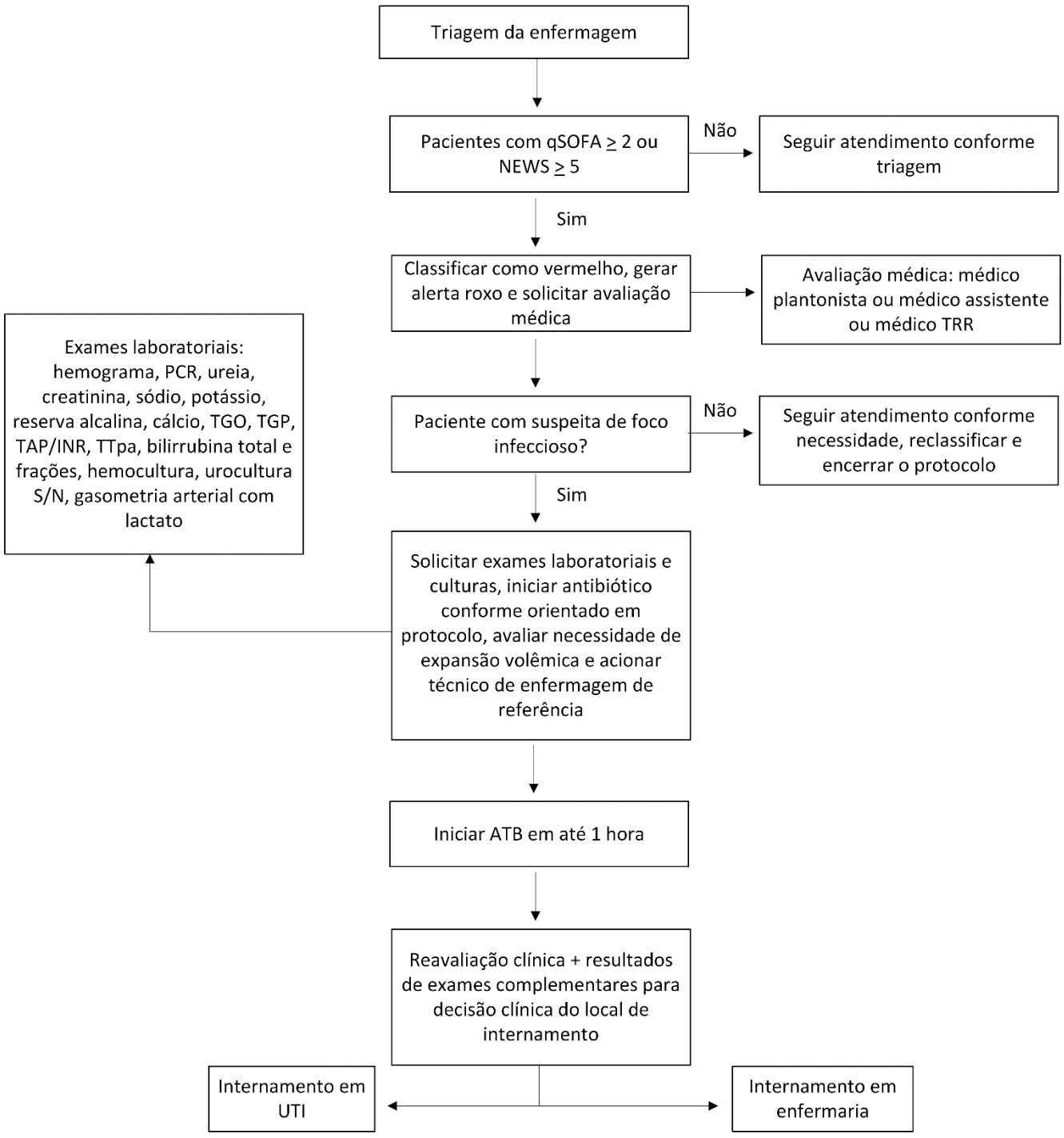
4. ESCORE NEWS 2

É considerado positivo quando sua pontuação for ≥ 5. Atentar que há 2 escalas para avaliação da SpO2, a escala 2 de SpO2 deve ser utilizada em pacientes com insuficiência respiratória hipercápnica, como é o caso de pacientes portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Parâmetros Fisiológicos	Pontuação						
	3	2	1	0	1	2	3
Frequência respiratória (por minuto)	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Sp02 % - Escala 1	≤91	92-93	94-95	≥96			
Sp02 % - Escala 2	≤83	84-85	86-87	88-92 ≥93 em ar ambiente	93-94 com oxigênio	95-96 com oxigênio	≥97 com oxigênio
Ar ambiente ou oxigênio?		Oxigênio		Ar Ambiente			
Pressão arterial sistólica(mmHg)	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Pulso (por minuto)	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Consciência				Alerta			Confusão aguda Resposta a voz ou dor Irresposivo
Temperatura (°C)	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	

National Early Warning Score 2 (NEWS 2) @Royal College Of Physicians 2017. Adaptação transcultural para português. Brasil, 2018.

FLUXOGRAMA – PROTOCOLO DE SEPSE ADULTO


Triagem da enfermagem
Pacientes com qSOFA ≥ 2 ou NEWS ≥ 5
Não
Seguir atendimento conforme triagem
Sim
Classificar como vermelho, gerar alerta roxo e solicitar avaliação médica
Avaliação médica: médico plantonista ou médico assistente ou médico TRR
Exames laboratoriais: hemograma, PCR, ureia, creatinina, sódio, potássio, reserva alcalina, cálcio, TGO, TGP, TAP/INR, TTpa, bilirrubina total e frações, hemocultura, urocultura S/N, gasometria arterial com lactato
Paciente com suspeita de foco infeccioso?
Não
Seguir atendimento conforme necessidade, reclassificar e encerrar o protocolo
Sim
Solicitar exames laboratoriais e culturas, iniciar antibiótico conforme orientado em protocolo, avaliar necessidade de expansão volêmica e acionar técnico de enfermagem de referência
Iniciar ATB em até 1 hora
Reavaliação clínica + resultados de exames complementares para decisão clínica do local de internamento
Internamento em UTI
Internamento em enfermaria

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Evans L, etal. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med. 2021 Nov;47(11):1181-1247. doi: 10.1007/s00134-021-06506-y.
2. Levy MM, Fink MP, Marshall JC, Abraham E, Angus D, Cook D, et al. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. CritCare Med. 2003 Apr;31(4):1250-6., Vijan;
3. Friedman G, Silva E, Vincent JL. Has the mortality of septic shock changed with time. Crit Care Med.1998 Dec;26(12):2078-86.
4. Instituto Latino Americano de Sepse. Implementação de protocolo gerenciado desepse: protocolo clínico [Internet]. São Paulo: ILAS; 2018
5. Mazzone A, Dentali F, La Regina M, Foglia E, Gambacorta M, Garagiola E, et al.Clinical Features, Short-Term Mortality, and Prognostic Risk Factors of Septic Patients Admitted to Internal Medicine Units: Results of an Italian Multicenter Prospective Study. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2016 Jan [cited 2021 Sep 19];95(4):e2124.
6. Ruiz GO, Castell CD. Epidemiologia das infecções graves nas unidades de terapia intensiva latino-americanas. Rev Bras Ter Intensiva. 2016;28(3):261-3.
7. Esteban A, Frutos-Vivar F, Ferguson ND, Peñuelas O, Lorente JA, Gordo F, etal. Sepsis incidence and outcome: contrasting the intensive care unit with the hospital ward. Crit Care Med. 2007;35(5):1284-9.
8. Manual da CCIH: orientações para prevenção, controle e tratamento das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) no âmbito hospitalar / Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. – Recife: IMIP, 2024.
9. Oliveira APA, Urbanetto JS, Caregnato RCA. National Early Warning Score 2: adaptação transcultural para o português do Brasil. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41:e20190424. doi: https://doi. org/10.1590/1983-1447.2020.20190424.

HISTÓRICO DAS REVISÕES

REVISÃO	DESCRIÇÃO SUMÁRIA	DATA
Versão: 00	Criação do Protocolo Institucional	
Versão: 01	• Adequação do protocolo a Norma Zero Institucional; • Inclusão dos marcadores e indicadores	06/09/2023
Versão: 02	• Atualização dos objetivos do protocolo; • Atualização dos critérios de exclusão;	12/05/2025

	• Reescrita dos marcadores e barreiras de prevenção para melhor compreensão; • Atualização dos indicadores de processo e resultados; • Atualização dos antibióticos recomendados, conforme o manual da CCIH de 2024; • Atualização do fluxograma, substituindo o uso do SRIS para o uso do NEWS; • Atualização das referências bibliográficas	